

Cerere vânzare/cesiunare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului CĂLĂRAȘI

Subsemnatul (a) (nume, prenume) DR. POPOVICI VIORICA având
CNP: [] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRT/ V.R. POPOVICI VIORICA cu sediul
în DR. LETTIU - GATA, HR POLICLINICU nr 2, jud. CĂLĂRAȘI în
confrontare cu:

UG 68/2008 OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesiunare/donație a praxisului
începând cu data de: 1.01.2024

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt conf. Art.28 alin.2 din
UG 68/2008 sunt: DR. UNGUREANU DELIA
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune
este/sunt:
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: —
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este: DR. POPOVICI VIORICA / MAIL: popovicu-via@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon: 0723318816

Având în vedere cele menționate vă solicit eliberarea adeverinței necesare
vânării/cesiunării/donației praxisului.

Data:
8. XI 2023

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Teritorial